



Az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának problémái

Dr. Kincses Gyula
egészségpolitológus

Agenda

- A fenntarthatóság, mint olyan
- Társadalompolitikai kérdések
- Finanszírozhatósági fenntarthatóság
- HR fenntarthatóság

A fenntarthatóság fogalmai I.

Egy folyamat fenntarthatóságának feltételeit vizsgálva az egyes rendszerekben – azok összetettségének függvényében – az alábbi alapfeltételeket találjuk:

1. Fizikai – kémiai rendszerekben:
 - A folyamat **erőforrásokkal való folyamatos elláthatósága**;
 - Annak biztosítása, hogy **a folyamat végterméke ne károsítsa, blokkolja magát a folyamatot.**
2. Biológiai rendszerekben:
 - A fentiek **kiegészülnek** a visszacsatolás (feedback), **az önszabályozás képességével**, azaz *a végtermék szabályozó hatású magára a folyamatra*, így – normál esetben – meggátolja az erőforrás-felélést, a károsító ágensek felhalmozódását, szabályozza az intenzitást.

A fenntarthatóság fogalmai II.

3. Humán (társadalmi) rendszerekben a fentiek **kiegészülnek a politikai fenntarthatóság/ társadalmi elfogadottság** kérdéseivel, azaz:
 - Előtérbe kerül az a probléma, hogy a fenntarthatóság érdekében hozott intézkedéseknek milyen a társadalmi elfogadottsága, támogatottsága.
 - Ez a hatás sok esetben ellene hat a 2.) pont önszabályozásának, azaz blokkolja az önszabályozást, hiszen az önszabályozás (a fenntarthatóság) sokszor szerzet jogokról való lemondást követeli.

A fenntarthatóság fogalmi fejlődése

- '80-as évek: pár környezetvédő magánügye
- '90-es évek: zöld mozgalmak megerősödése
- '2000-es évek: antiglobalista attitűddel egészül ki
- 2010 után:
Annak a felismerése, hogy **a válság nem pénzügyi válság, a fenntarthatóság nem környezeti kérdés, hanem:**
 - **Társadalmi válság van/lesz a jóléti rendszerek fenntarthatatlansága miatt.**

Agenda

- A fenntarthatóság, mint olyan
- Társadalompolitikai kérdések
- Finanszírozhatósági fenntarthatóság
- HR fenntarthatóság



Peremfeltételek, determinációk- környezet

Mottó: a baj előtt is baj volt!

Közös problémák Európában I.

- Egész Európa a szerzett jogok csapdájában vergődik. A jövő meghatározó kérdése, hogy **hogyan lehet összeegyeztetni**
 - a versenyképesség megőrzését és javítását egy egyre inkább globalizálódó piacon
 - az örökölt jóléti rendszerek fenntarthatóságával.
- A tét, a mindannyiunk által elfogadott európai értékrend gazdasági fedezetének a biztosíthatósága, mely szükségszerűen mindenütt a jóléti rendszerek felülvizsgálatát fogja eredményezni.

Közös problémák Európában II.

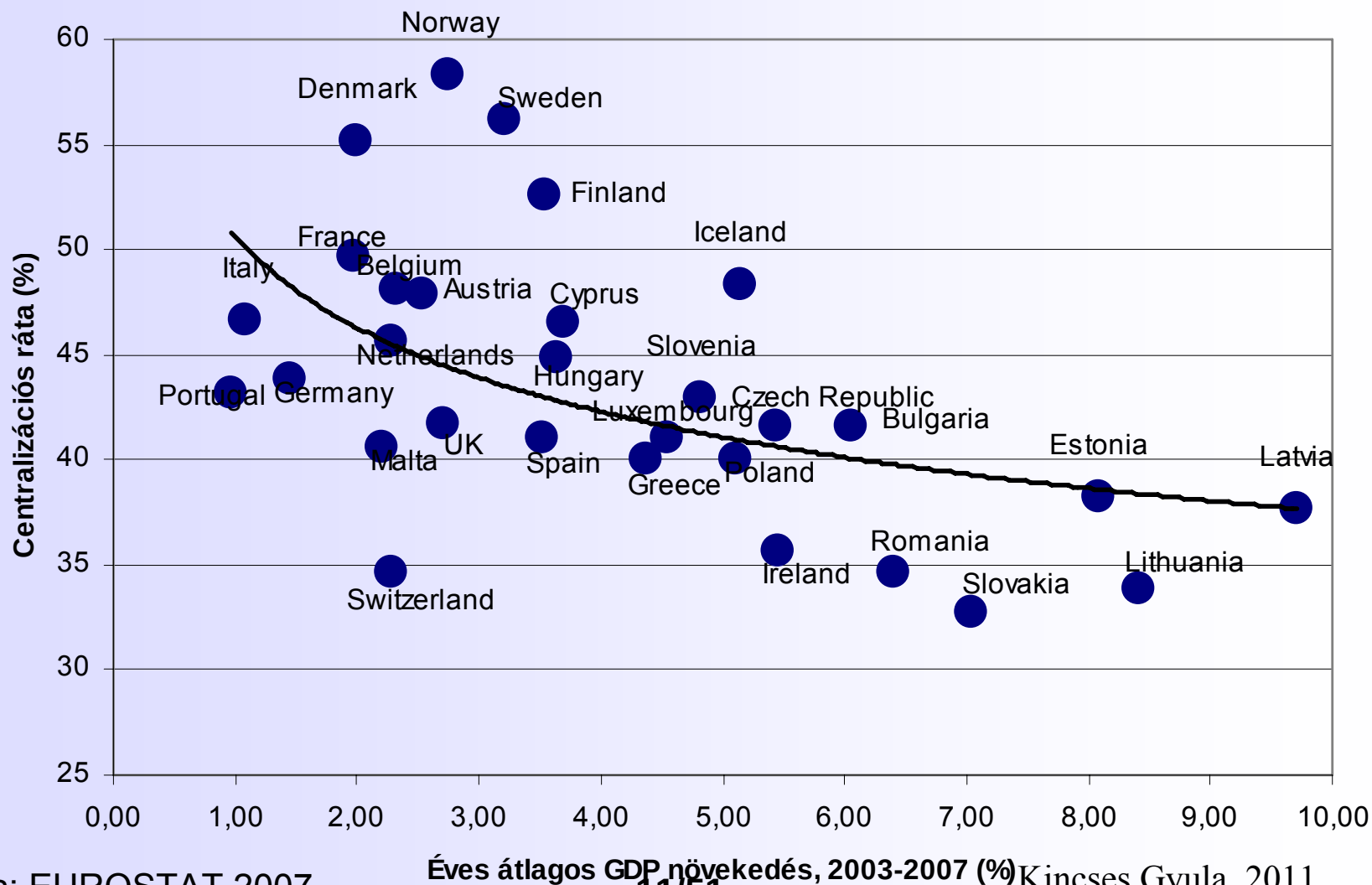
(Kincses 2006.)

- **Kihívások:**
 - technológiai robbanás (nem csak orvostudomány),
 - demográfiai torzulás (előregedés),
 - az etnikai és kulturális megosztottság növekedése a migráció és a szegregáció miatt,
 - a versenytársak versenyelőnye a szociális rendszerek és garanciák fejletlensége miatt (globalizált piac...).
- **Következmény: a társadalmi koherencia és a politikai stabilitás fellazulásának kockázata:**
 - a reform sok esetben jogszűkítés → egyes rétegek vesztesnek érzik magukat (pl.: nyugdíjkorhatár emelése), → elégedetlenség, reformellenesség → szélsőségek erősödése,
 - a szegregáció és az enklávék kialakulásának és a politikai instabilitás, radikalizálódás veszélye.

Az alap állítások

- **Ezt az ellátórendszert**
 - ebben a méretben és szerkezetben,
 - ekkora, és így managed szolgáltatási csomaggal, ilyen szabados és ingyenes hozzáférés mellett,
 - ennyi (vagy még kevesebb) pénzből
- **nem lehet működtetni.**
- **A gazdaság versenyképesség kényszere nem teszi lehetővé a közforrások érdemi (50-200%-os) növelését.**
- **Az egészséget populációs szinten zömmel az ágazaton kívüli tényezők határozzák meg, elsősorban a GDP/capita.**

A centralizáció és a gazdasági növekedés összefüggése



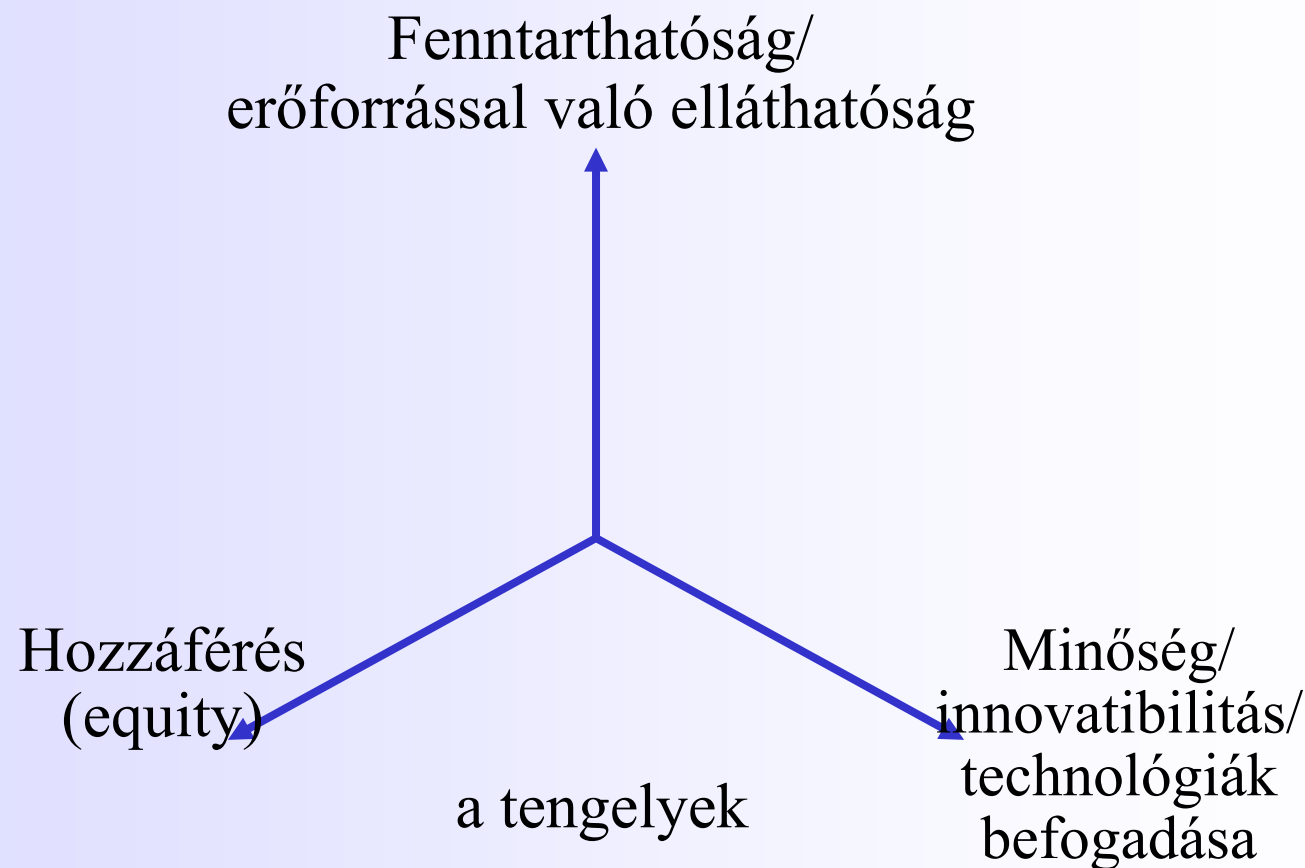
Forrás: EUROSTAT 2007.

Éves átlagos GDP növekedés, 2003-2007 (%) Kincses Gyula, 2011.

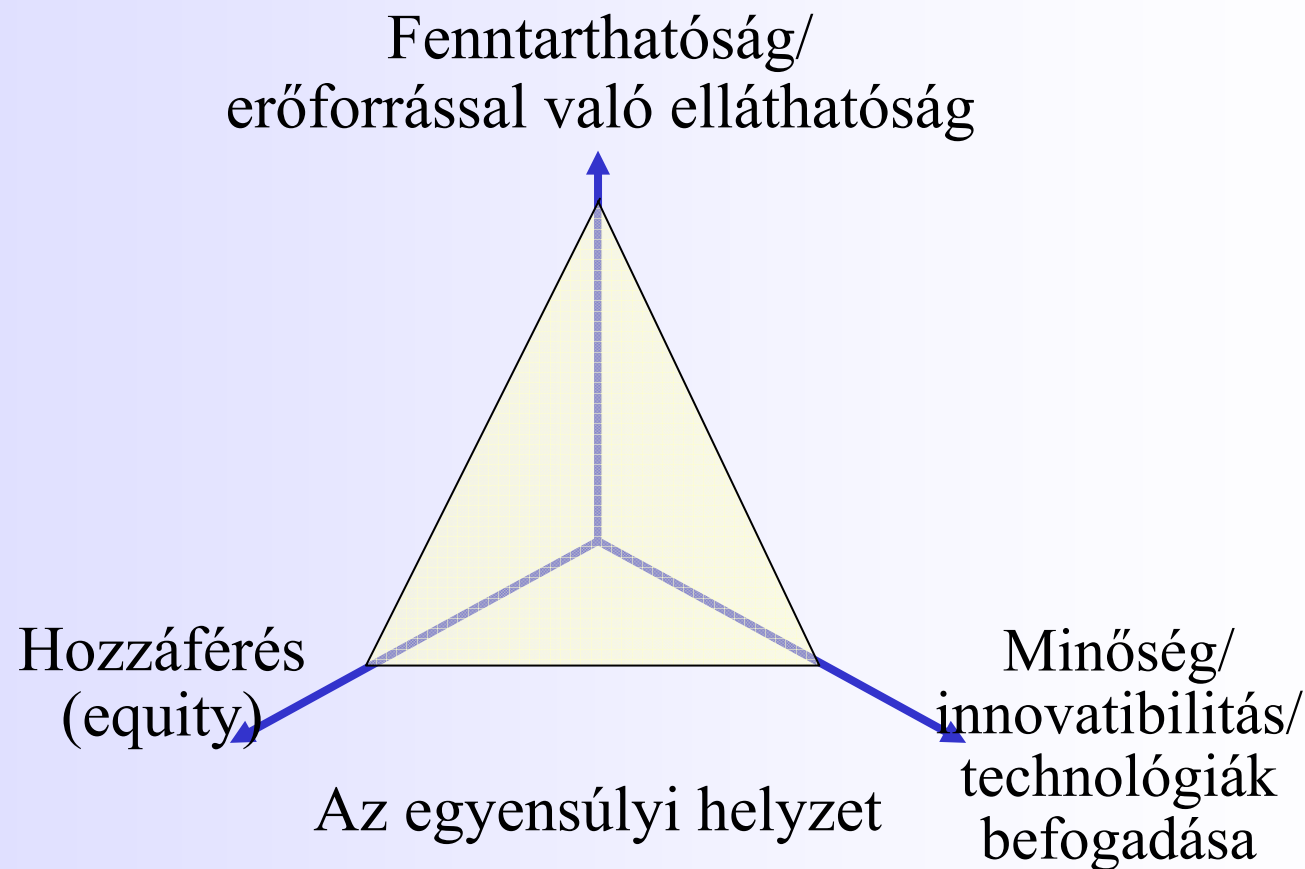
A makrogazdasági pálya Magyarország számára

- A gazdasági növekedés az adók és a járulékok csökkentését igényli.
- A foglalkoztatás növekedése (egymillió munkahely) a járulékok (munkáltatói terhek) csökkentését igényli.
- Közép- és hosszú távon ez a jó stratégia (nem az a jó kérdés, hogy a GDP hány %-át költjük egészségügyre, hanem hogy mennyi a GDP!)
- A kérdés csupán az, hogy addig mi lesz? (működési és politikai fenntarthatósági kérdések előtérbe kerülése)

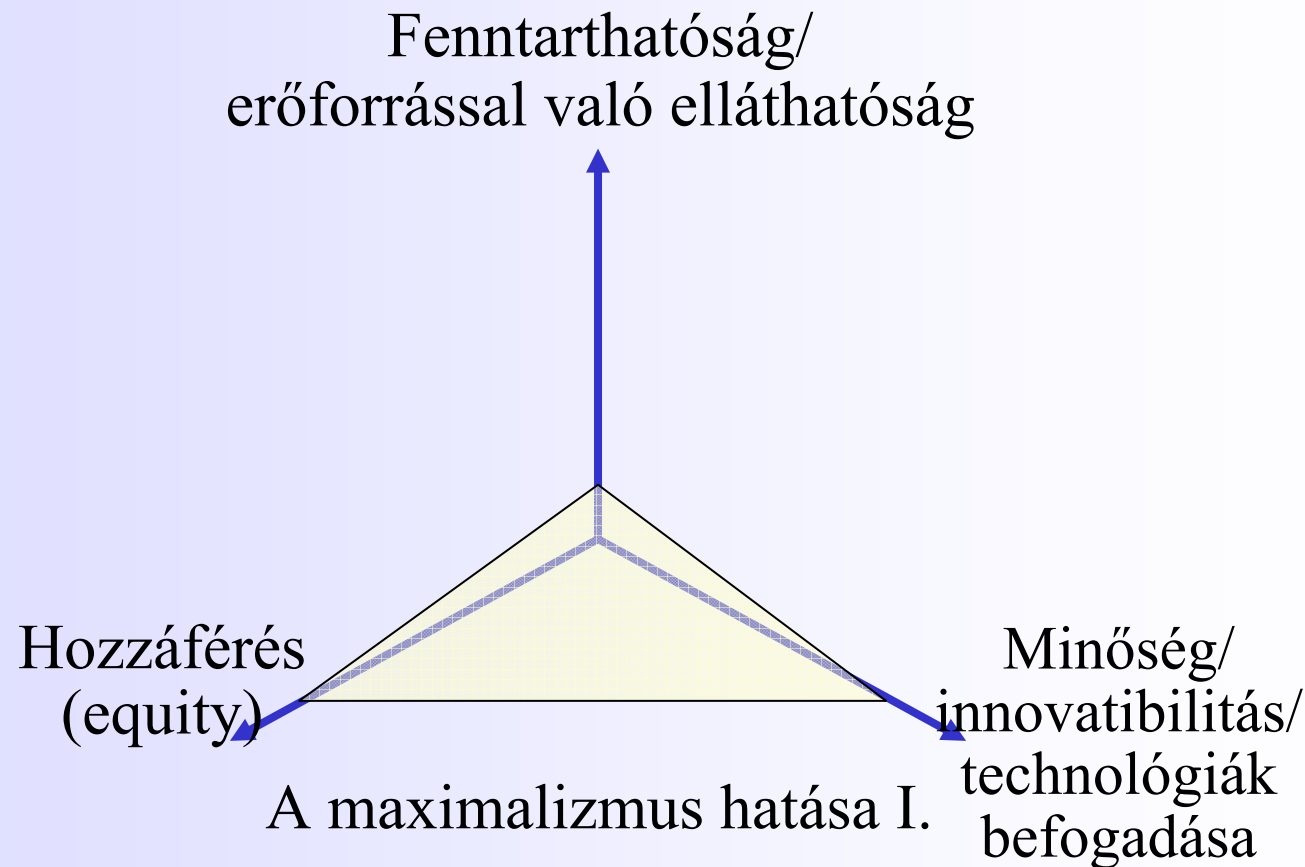
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya



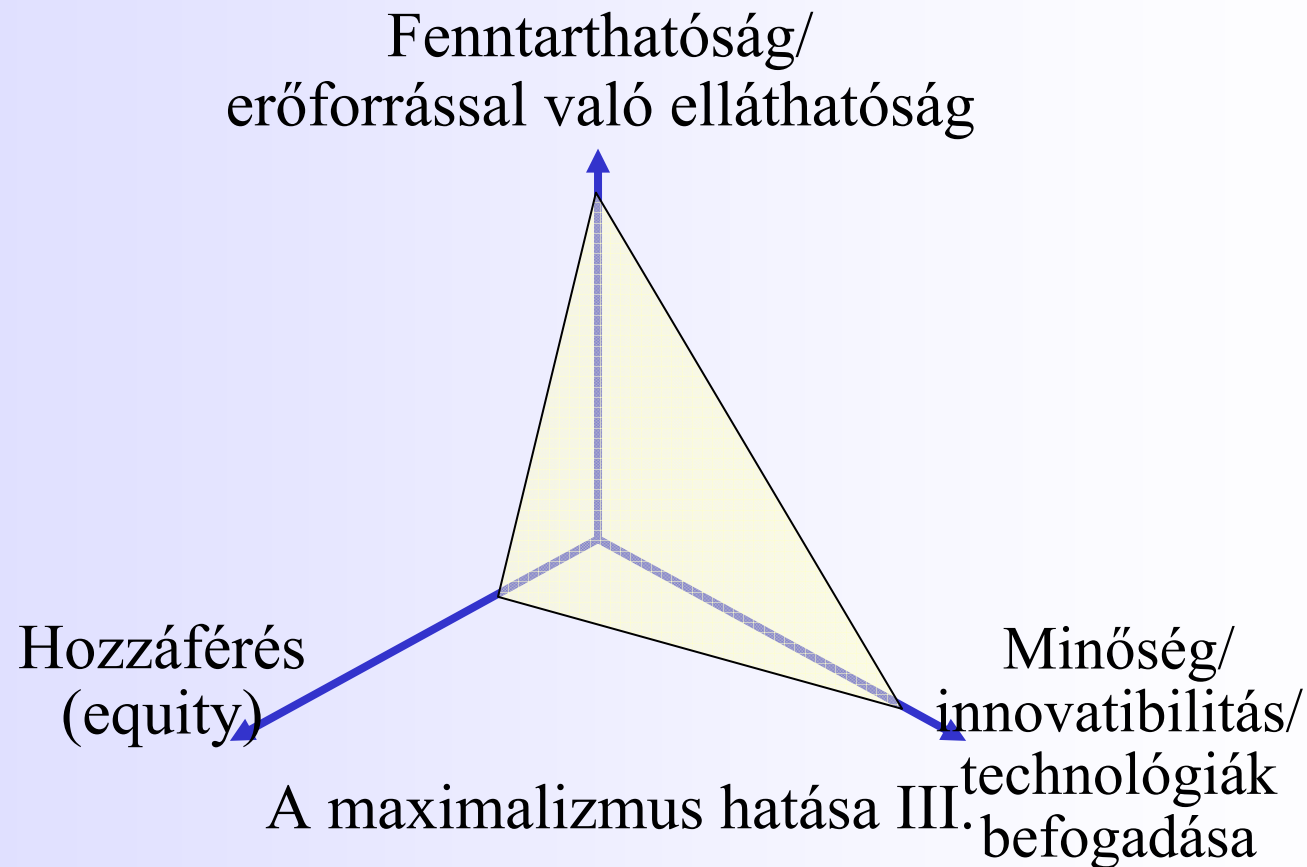
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya II.



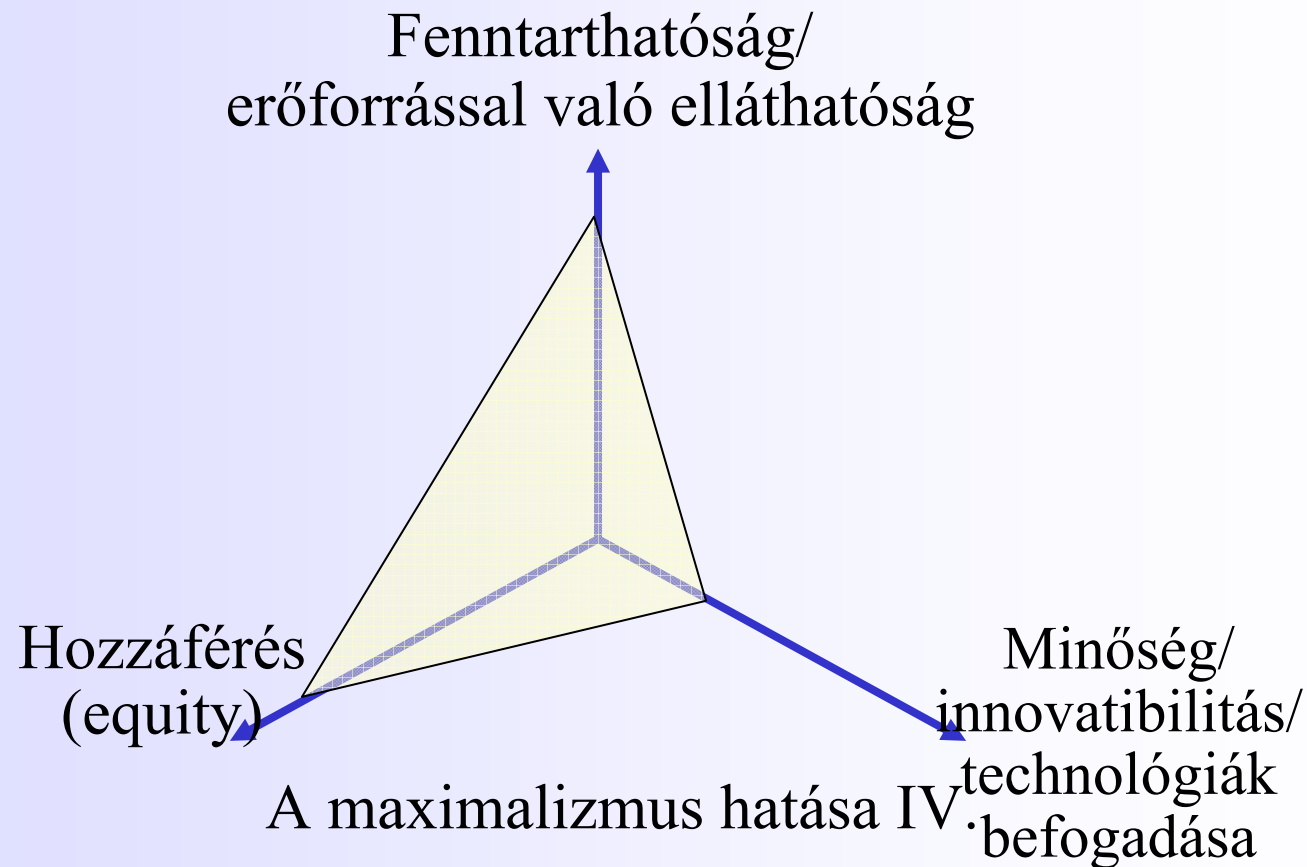
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya III.



Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya IV.



Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya V.



Már a régi görögök is...

- Az európai kultúra, értékrend, társadalmi modell a régi görögök demokráciájára vezethető vissza.
- Ne feledjük: az rabszolgatartó társadalom volt.
- A mi kultúránk (a fehér ember kultúrája) a görög kultúrán és demokrácián alapul.
- A különbség: mi a rabszolgákat kívül tartjuk.
Az európai értékrend (igazságosság, méltányosság, szolidaritás) csak a fehér emberre érvényes.
- Az új helyzet: a rendszert már a rabszolgák finanszírozzák. Meddig???

Az elvárások realitásáról

Velünk bármit lehet?

- Hogy lehet az, hogy három évvel az EU csatlakozás után **még mindig 1014 méter magas a Kékes?**
- Mit tett, mit **tesz** azért a **Kormány**, hogy **végre elérje az EU átlagot?**
- **Meddig tűrjük???**

Kincses, 2007.

Tételmondat

(Kincses, 2005.)

Az egészségügy fenntartható fejlődésének alapfeltétele, hogy

összhangba kell hozni az

- egészségüggyel kapcsolatos **elvárásokat,**
- és az ezért vállalt
 - egyéni és
 - közösségi **áldozatokat.**

A változás feltételei

1. Szemlélet és attitűdváltás

- A realitásokkal való szembenézés
- Értékrend átalakítás – „tabudöntés” egyéni felelősség...
- Társadalmi érés – tiszta beszéd (lásd még: nincs megszorítás)

2. Demográfiai helyzet stabilizálása

3. Az új értékrend érvényesítése

- Valós szolidaritás, kisközösségek működése
- Környezettudatosság
- **A technológiai fejlődés alapú fejlődés helyett a „humán fejlődés” alapú fejlődési pályára állás**

**ROKKANTNYUGDÍJ CSEPPFOLYÓSÍTÓ
IGAZGATÓSÁG**



Agenda

- A fenntarthatóság, mint olyan
- Társadalompolitikai kérdések
- Finanszírozhatósági fenntarthatóság
- HR fenntarthatóság

Költség-robbanás – alapvető okok I.

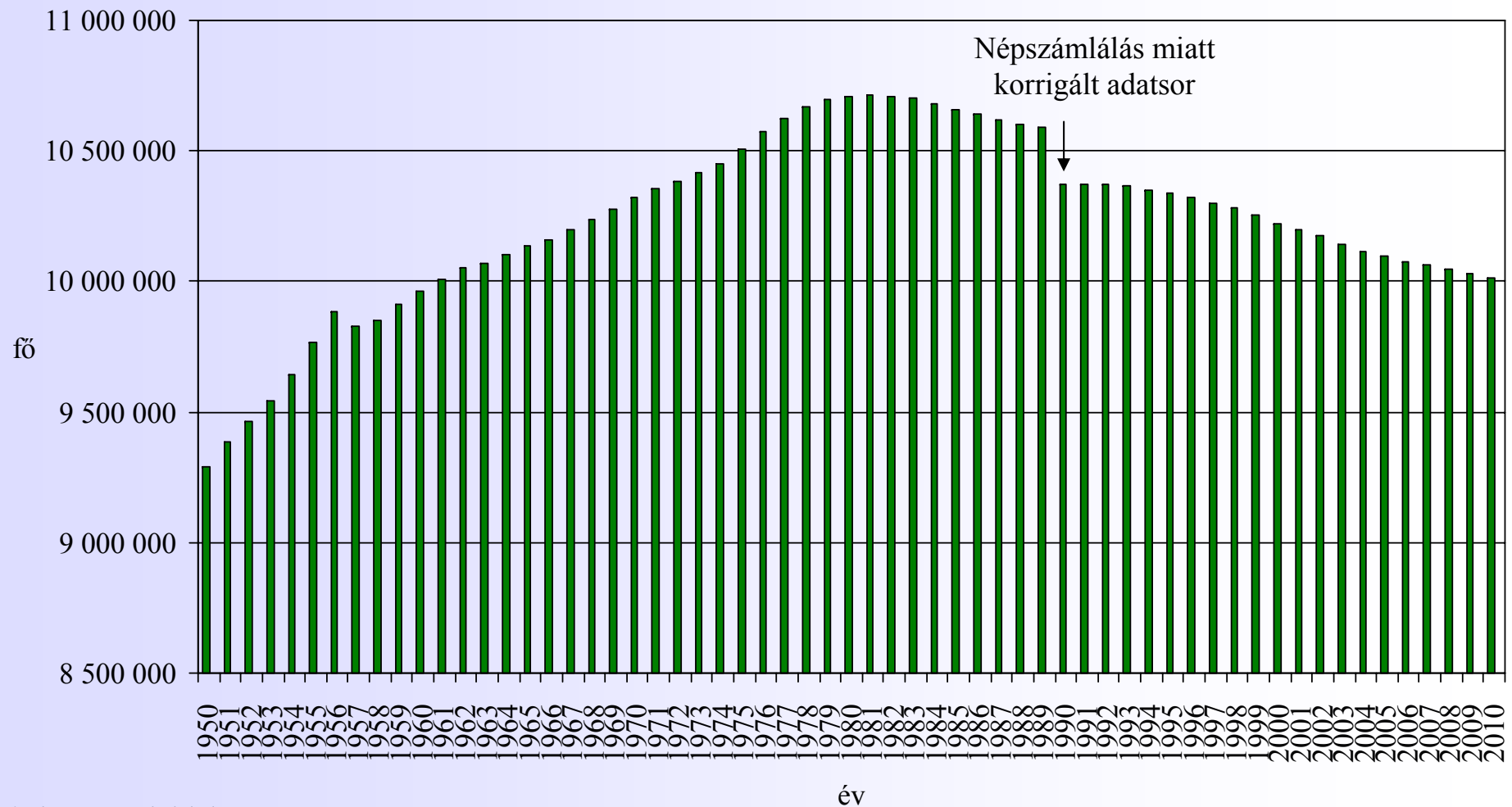
Abszolút költségnövekedés

- A szükségletek növekedése
 - Élettartam növekedése
 - Egyes nem gyógyítható betegségek az élettel tartósan összeegyeztethetőkkel válnak (tartós, magas költség)
 - Technológiai robbanás
 - Új diagnosztikai eljárások, új megbetegedések felismerése
 - Új terápiás eljárások, kezelések bővülése
- Az igények növekedése/szokások változása
 - Nő az igény az equity kiterjedése iránt
 - Nő az igény a közösségi megoldások iránt: csökkent az öngondoskodás, családi, kisközösségi gondoskodás szerepe

Költség-robbanás – alapvető okok II.

- Relatív költségnövekedés
 - A lakosság előregedése (arány-eltolódás)
A gazdaságilag inaktív lakosság arányának növekedése
 - A gazdasági növekedés veszélyeztetése a magas közterhek miatt.
- Következmény:
 - Egyre kevesebb aktív kereső egyre több ember egyre drágább ellátását fizeti
 - A jóléti kiadások (eü, nyugdíj, szociális) fenntarthatósága egyre nagyobb redisztribúciót követel, ami rontja a versenyképességet, ez tovább növeli a jóléti kiadások arányát. Circulus vitiosus kockázata.

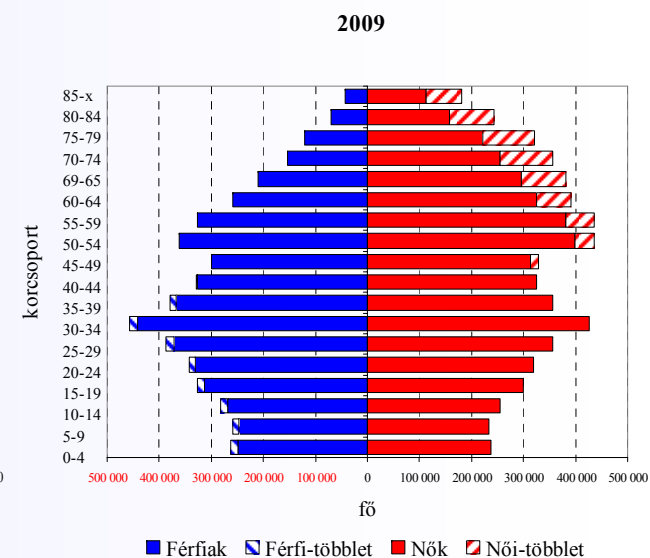
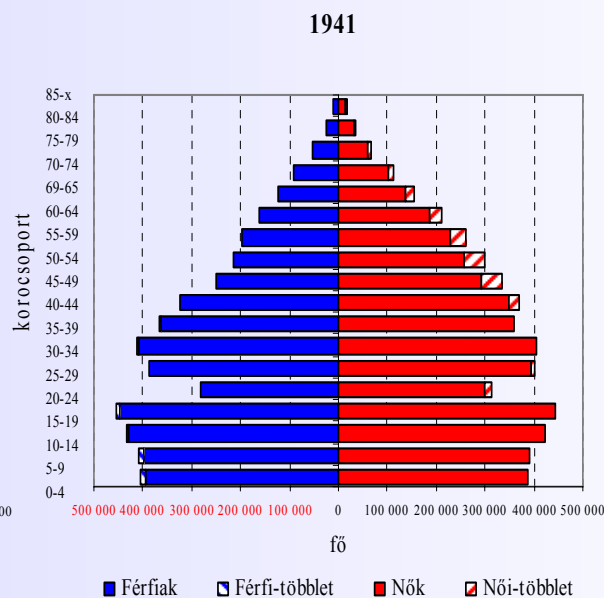
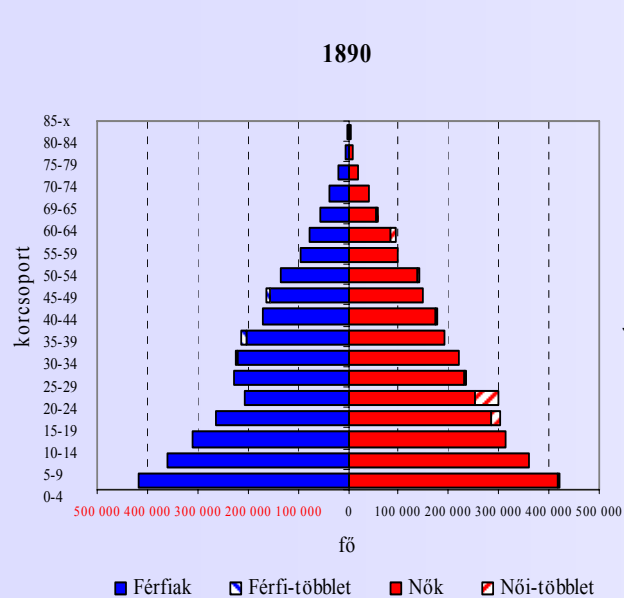
A népesség-szám alakulása* 1950-2010



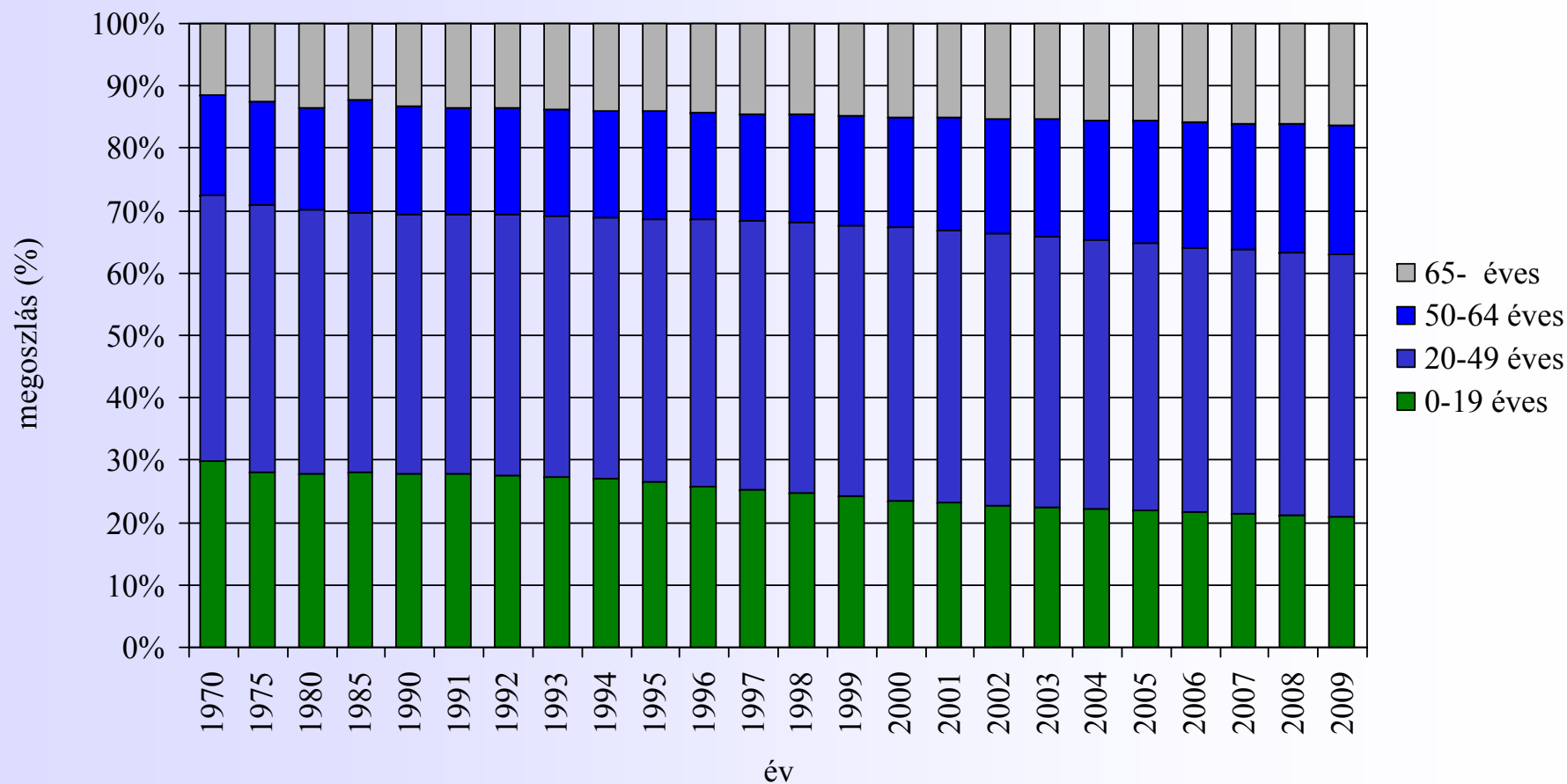
*: január 1-jei lakónépesség

2010. év adata előzetes adat

A kormegoszlás változása

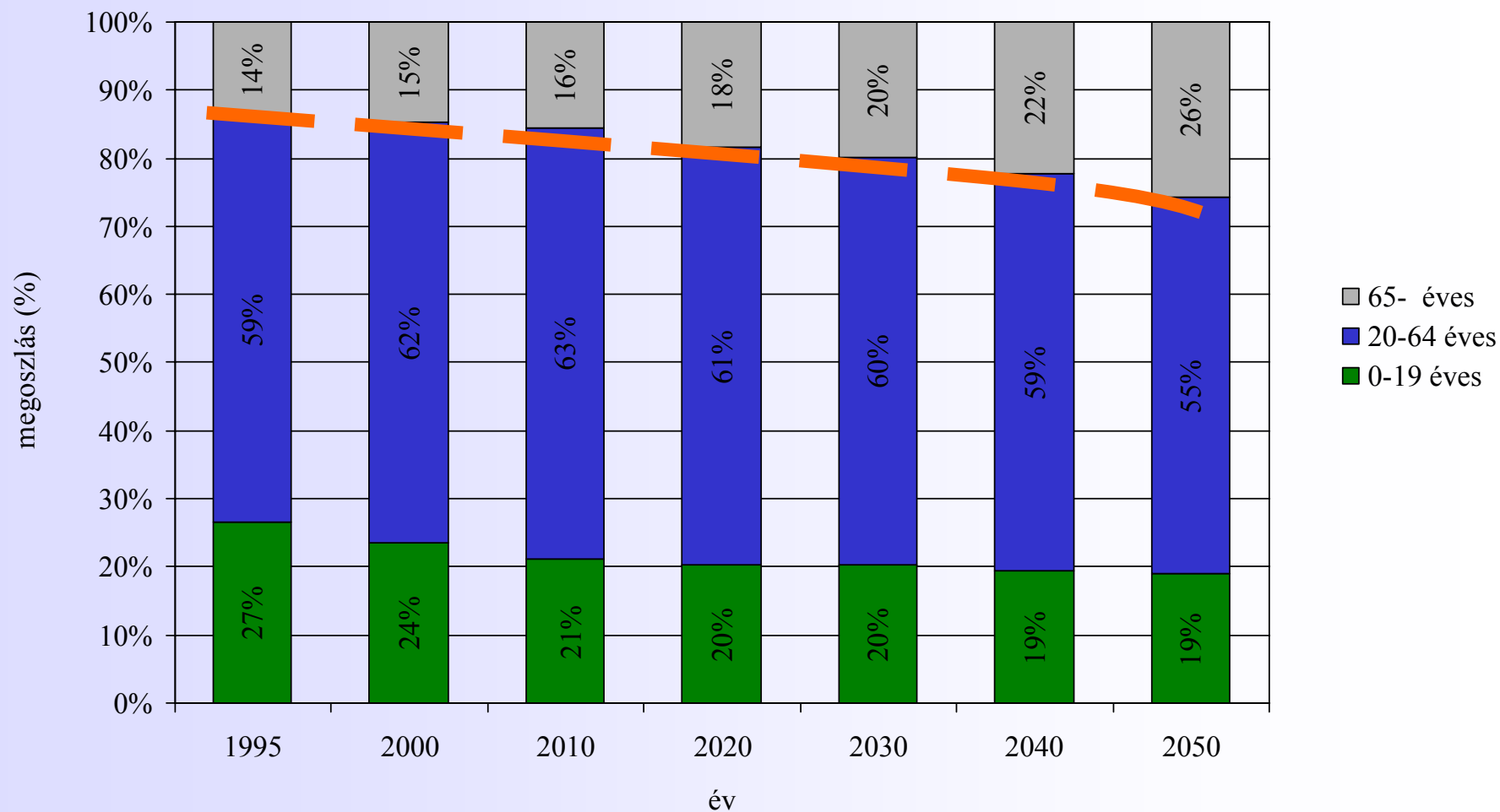


Magyarország lakosságának korösszetétele* 1970-2009



*: január 1-jei népesség

A magyar népesség várható korösszetétele* 1995-2050



*:alapváltozat

Forrás: Népesedés és Népességgpolitika -tanulmányok -:Hablicsek László-Tóth Pál Péter A nemzetközi vándorlás szerepe a magyarországi népességszám megőrzésében 1999-2050 között

Közzétéve: Demográfia című folyóiratban 2000.-ben (43. évf. 1. sz.) Kincses Gyula, 2011.

Költség-robbanás – másodlagos okok

- „Third-party payer” ⇒ ellátói és lakossági morális kockázat
- Nincs valódi vásárló ⇒ a szolgáltatók indokolatlan ellátásokat is nyújtanak (teljesítmény-pörgetés) – megtehetik, mert kínálat-vezérelt a kereslet
- Hálapénz-érdekeltség
- Valódi tulajdonosi érdekek hiánya (puha költségvetési korlát)
- Túlzott kapacitások
- Finanszírozott szolgáltatások köre nem jól meghatározott
- Finanszírozott lakossági kör nem (jól) meghatározott (potyautas-probléma)
- Torz finanszírozási ösztönzők

A költség-kontroll fő eszközei

- A szükséglet csökkentése (preventív szemlélet)
- A kapacitások csökkentése/strukturális átalakítása
- Az ellátási csomag szűkítése és EBM alapú felülvizsgálata (ideértve az igénybevétel szabályozását is)
- Kiadáskorlátozó finanszírozási technikák alkalmazása (TVK, központosítás stb.)
- Az ellátás hatékonyságának javítása (költségérzékenység, protokollszerű működés, gazdálkodás stb.)
- Költségérzékenység a betegek részéről (co-payment és bonusz malus)
- A betegek compliance-ének javítása

Költség-kontroll technikák (1)

- Finanszírozó költségérzékenysége
 - Zárt alap
 - Profitérdekeltség
- Szolgáltatók korlátozása
 - TVK, degresszió, lebegőpont
 - Beutalási rend, gatekeeper-funkció
 - Finanszírozási protokollok
 - Párhuzamos ellátások kizárása
 - Egymást kizáró ellátások tiltása
 - Stratégiai kapacitás-befogadás
- Szolgáltató költségérzékenysége
 - Normatív finanszírozás/leosztott keret, túllépésben költségmegosztás
 - Valódi tulajdonosi érdekek
- Fogyasztói költségérzékenység
 - co-payment bevezetése
 - Bonus-malus

Költség-kontroll technikák (2)

- Finanszírozott termékkör és árak meghatározása
 - Technológia-értékelés
 - Befogadás-politika
 - Támogatás-politika
- Integráció (budget holding rendszerek) - a kasszák érdekeltségének összekötése
 - alapellátás -szakellátás (managed care, fundholding)
 - járóbeteg-ellátás – gyógyszerköltség
 - járóbeteg-ellátás – laborkassza
- Verseny?

Költség-kontroll technikák – A co-payment hatásai

Pozitív hatások

- pótlólagos forrásokat von be az egészségügyi ellátásba
- fokozza a teljesítmény-arányosságot az ellátók körében
- a fogyasztás racionalizálására ösztönöz, csökkenti az igénybevételt
- lakossági kontrollt épít az ellátás igénybevételébe
- növeli az ellátás presztízsét
- fokozza az egyén felelősségérzetét,
- a beteg számára anyagi érdekeltséget teremt a prevencióban
- Kontrollálhatóvá teszi az elszámolásokat

Negatív hatások

- nem szelektív, illetve nem az egészségpolitikai céloknak megfelelő módon csökkenti az egészségügyi ellátás igénybevételét
- (részben) a személyes jövedelempozícióhoz köti az egészségügyi szolgálat igénybevételét
- a leginkább rászorultakat szoríthatja ki az ellátásból
- az elhanyagolt esetek számának fokozásával növeli az ellátás költségeit
- fokozza az adminisztratív költségeket
- a közegészségügyi helyzet romlásával veszélyezteti a populáció egészségét

Költség-kontroll technikák - A beutaló lehetséges funkciói

- A beteg szakmai orientációja, az adequat ellátás biztosítása,
- az orvosi (szakmai) kommunikáció biztosítása,
- a szakmai feed back és kontroll, a minőségellenőrzés, minőségbiztosítás megalapozása,
- a pénzügyi elszámolás megalapozása,
- az indokolatlan teljesítménynövelés, a költségrobbanás fékentartása.

Az intézményi hatékonyság

- **Belső szerkezet átalakítása – Intézményi allokációs hatékonyság javítása** (telephelyek, osztályok, szolgáltatások összevonása)
 - építészeti eszközök (fizikai koncentráció),
 - szervezeti (működés, HR allokáció).
- **A klasszikus management technikák alkalmazása.**
- **Energiahatékonyság javítása** (hőszigetelés, gépészet, világítás-technika, megújuló energiák, munka-szervezés stb.)
Egyúttal környezet-tudatoság is!

Általános megjegyzések az elosztási rendszer jövőképehez

- Csak az elosztási technikák finomhangolásával ez a rendszer érdemben nem javítható, ehhez rendszer szintű változás kell.
- A reális alternatívák (vizitdíj, IBR jellegű ellátás-szervezés, a több-biztosító, vagy a területi kasszák) politikai okok miatt lejáratódtak.
- A finanszírozási váltás önmagában, **szerkezeti – működési váltás nélkül nem lehet hatékony.**
- Nincs általánosan elfogadott megoldás, de a HBCs elvű finanszírozás egyre általánosabb.
- A finanszírozási technika olyan, mint a gyógyszer:
 - csak adott probléma megoldására alkalmas, egyik sem panacea,
 - mellékhatás nélkül hatása sincs,
 - a hozzászokás veszélye miatt egy idő után a mellékhatások dominálnak.

A szerkezetváltás költségcsökkentő hatása

- Tény, hogy a lakosság-közeli ellátások olcsóbbak, mint az intézményiek, és a járóbeteg-ellátás olcsóbb, mint a fekvőbeteg-ellátás.
- **A korszerű technológiák** miatt mindez nem jelent „megszorítást”, az otthoni (pl. AAL) ellátások és az korszerű egynapos ellátások **jobb életminőséget biztosítanak**.
(Az egynapos sebészet nem a fiskális restrikciónak a sajnálatos következménye, hanem a beteg érdekét szolgáló vívmány)

A beteg együttműködési kötelezettsége

Egy ötlet új típusú autóbiztosításhoz

Képzeljünk el egy autóbiztosítást, ahol

- a biztosítás a töréskáron és a lopáson kívül kiterjed az autó meghibásodásának javítására is (pl. motorcsere),
- ugyanakkor nincs kötelező szerviz, nem kötelező az olajcsere, vagy az időszakos átvizsgáláson való részvétel,
- a biztosítás kiterjed az autó szándékos rongálásának helyreállítására is (baltával esek neki...),
- a KRESZ nem jogszabály, csak közlekedési szakemberek (néhol ellentmondásos) ajánlása.

EZT HÍVJÁK EURÓPÁBAN KÖTELEZŐ EGÉSZSÉG-BIZTOSÍTÁSNAK.

A beteg felelősségének felértékelődése

- **Kényszer(váltás):** A hatékonyság-javulásban mára a leggyengébb láncszem a beteg! (életmód + terápiakövetés)
- **Kulturális váltás:** nehogy már én fizessem annak a szemét dohányosnak az ellátási költségét!
- **Érdekváltás:** az egészség egyéni felértékelődése, az egyéni felelősség kimondása
 - Az egészség jövedelemtermelő érték
 - A betegség költségtermelő + jövedelemvesztés (lásd még: táppénz maximálás)
 - Az egyéni felelősség felmerülése a közpénzek felhasználásában (általában a jóléti szféra trendje)

Akkor hogyan? (I.)

- **Bonus vagy malus?**
 - Közfinanszírozási rendszerekben a bonus rendszerek ismertek, a malus nem.
 - De mindenki látta a macskafogót.
(Kisklambo nem kapsz két pofont ha...)
- **Milyen együttműködést akarunk kikényszeríteni?**
 - Életmód (vigyázat: időnként „orvosi utasítás”)
 - Terápiában való együttműködés.

Akkor hogyan? (II.)

- **Életmód**

- A tb és hatóság által nehezebben kontrollálható valami. Ráadásul vitathatók a paraméterek.
- Alapvetően más eszközrendszert igényel. Az egészségügy és a TB nem erre szocializált. (Működhet: közösségi terek, önkéntes pénztárak, piaci, ellátórendszeren kívüli, WEB alapú megoldások)

- **Terápia-követés - hűség**

- Vannak mérhető paraméterek
- Vannak érdemi tartalékok

Akkor hogyan? (III.)

Ami realitás a közfinanszírozásban

- Többszintű támogatási kulcs bizonyos csoportokban, és a magasabb támogatás mérhető paraméterekhez kötése (gyógyszer rendszeres kiváltása, kontrollokon való részvétel – ICT alapú központi ellenőrzés)
- Egyes betegeknel
 - egyéni cél-értékek megajánlása, ehhez kötött kiemelt támogatás (bonus rendszer),
 - életmód-váltó programok eredménykötelmű támogatása.
- Compliance szolgáltatás támogatása/megkövetelése:
 - nagy értékűeknél TB/támogatás feltételeként a gyártó
 - általában: támogatott egészségpénztári szolgáltatás,
 - ICT eszközök fokozott alkalmazása.
- Ha a kezelőorvost csendő szerepbe kényszerítik, akkor a dolog megbukik.

Agenda

- A fenntarthatóság, mint olyan
- Társadalompolitikai kérdések
- Finanszírozhatósági fenntarthatóság
- HR fenntarthatóság



Medi Markt

Azért mert hülye vagyok.

Psycho RAM inside
6 év egyetemi
fejlesztés

Tartós akkumulátorral
Heti 90 óra - akár
feltöltés nélkül is!

A legújabb szoftverrel
Továbbképzés -
szabadidőben,
önköltségen

Tételes költségkontroll
Tételes
jelentéskötelezettség



99.999,

TARTÓSAN ALACSONY ÁR!

CSÖKKENTETT PÓTLÉKOK, ELVONT TÁMOGATÁSOK

Az alap állítás

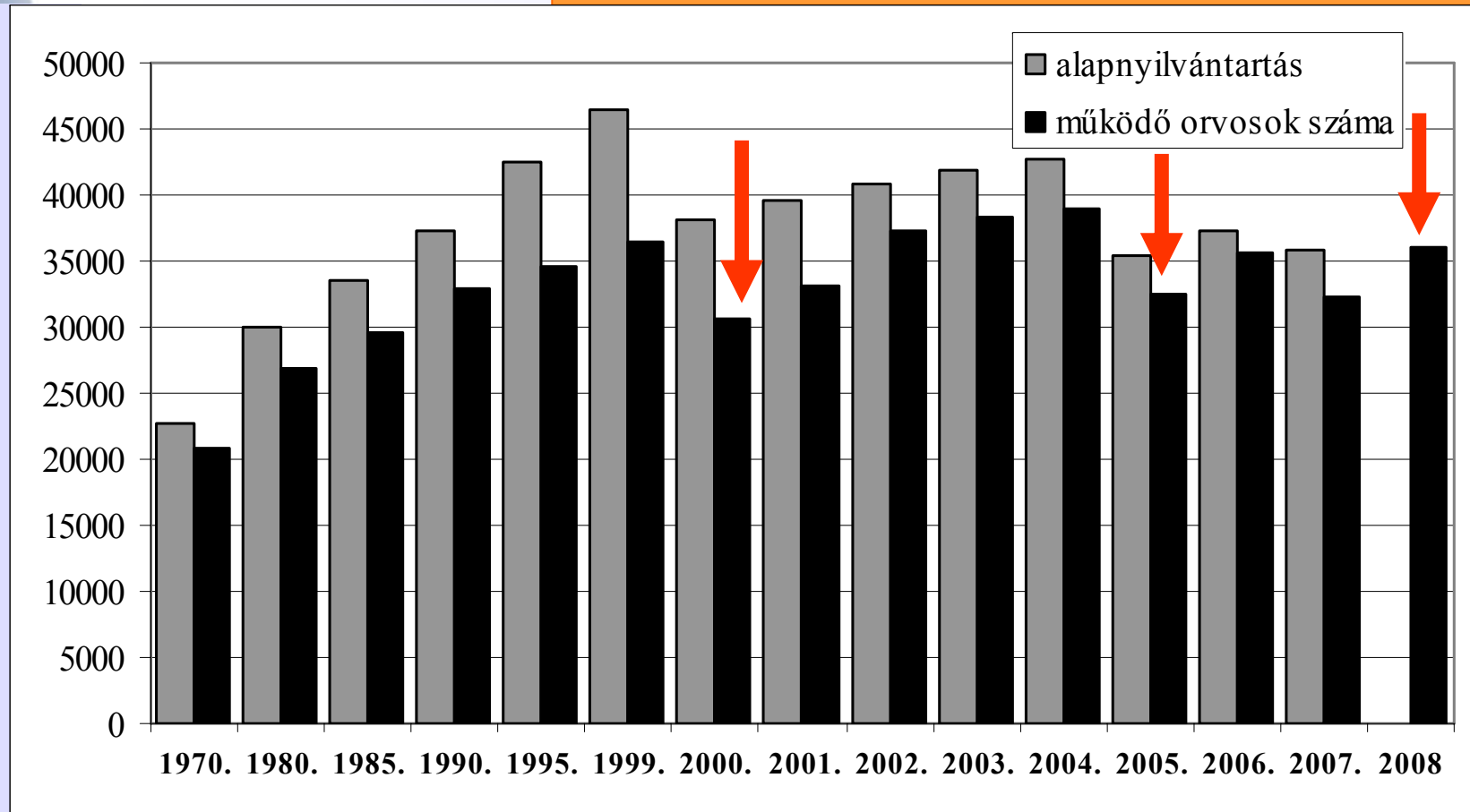
- Az egészségügyi rendszer fenntarthatóságának legsúlyosabb és nagyobb már közép távon is problémája a HR ellátottság.
 - A pénzeszköz allokáció politikai döntés kérdése, de HR-t nem lehet politikai döntéssel prompt reallokálni, a pótlás időigényes.
(ha 3 anya 9 hónap alatt szült meg 4 gyereket, akkor hány anya tud megszülni 4 hónap alatt 12 gyereket?)
 - Az orvoshiány okai általánosak, azaz az elszívó hatás tartós marad a globális hiány miatt.

A kódolt orvoshiány főbb okai

- A demográfiai változások és az orvostudomány fejlődése miatt bekövetkező szükséglet-növekedés folyamatosan növeli az egészségügyben a HR igényt, azaz a változatlan létszám is hiányként jelenne meg,
- az egészségügyben a technológiai fejlődés – ellentétben más ágazatokkal – nem vált ki élőmunkát, ellenkezőleg: növeli a HR igényt,
- az EU munkaidő direktíva belépése számtalan helyen lehetetlen-né tette a folyamatos üzemet, újabb relatív orvoshiányt okozott,
- a képzés rigiditása miatt az ágazat igen nagy késéssel reagál a munkaerő-piaci változásokra (az „Anyám, én orvos akarok lenni” kijelentéstől minimum 10 év telik el, amíg önálló orvosi tevékenységet végezhet valaki).
- A globális hiány miatt nagy a munkaerő elszívó hatás (nagyságrenddel jobb fizetés), így a gazdaságilag fejletlenebb térségekben a problémák még kiélezettebbek.

Kincses Gyula, 2011.

Orvosok számának alakulása...



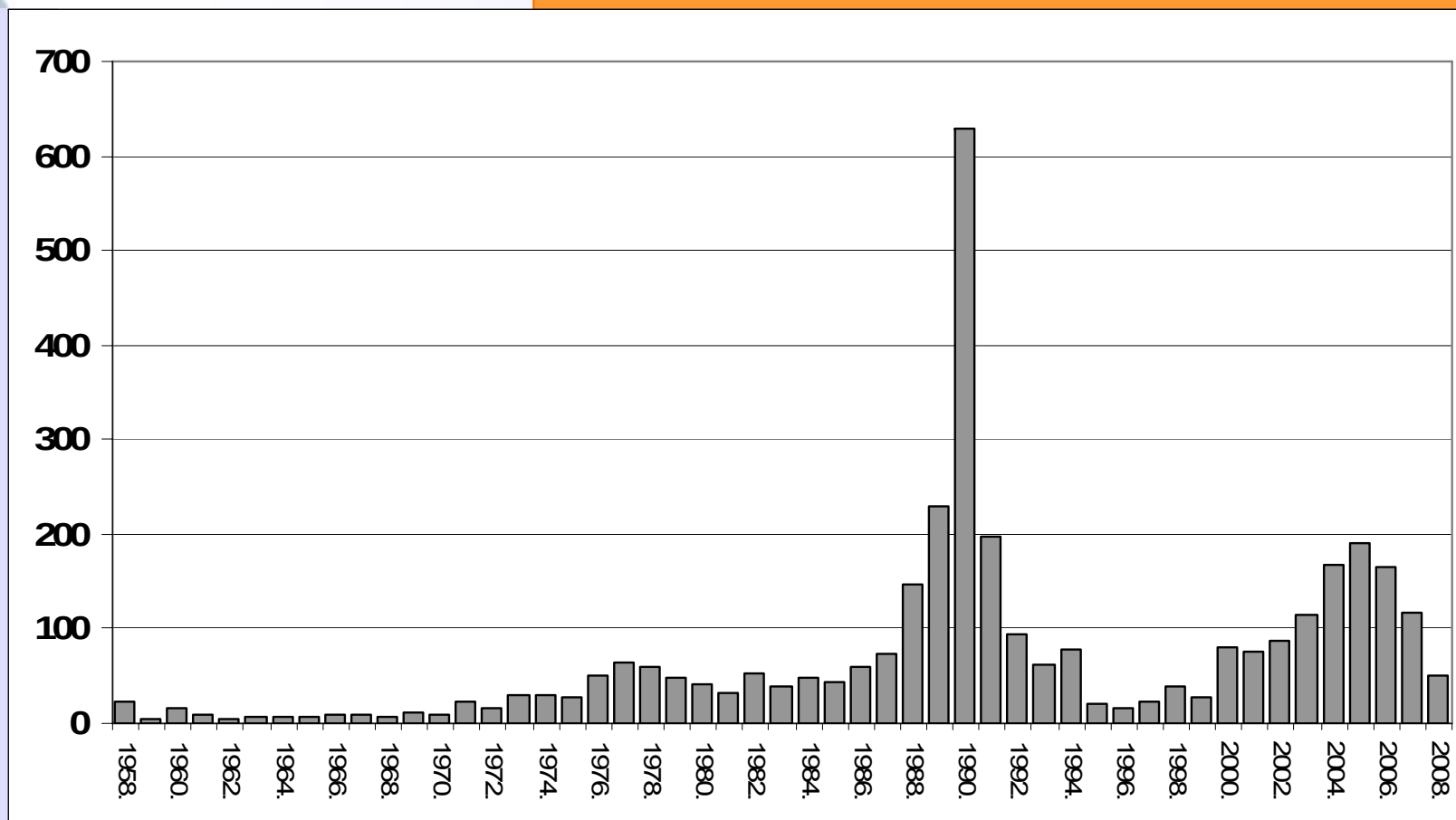
Balázs Péter szíves engedélyével

alapnyilvántartásból 99-2000 között eltűnt = 10.174, működőből eltűnt = 8.989

alapnyilvántartásból 2004-05 között eltűnt = 7.256, működőből eltűnt = 6.314

2007-08 között a működő nyilvántartásban keletkezett többlet = 3.886

Migráns orvosok diploma honosítása



Balázs Péter szíves engedélyével

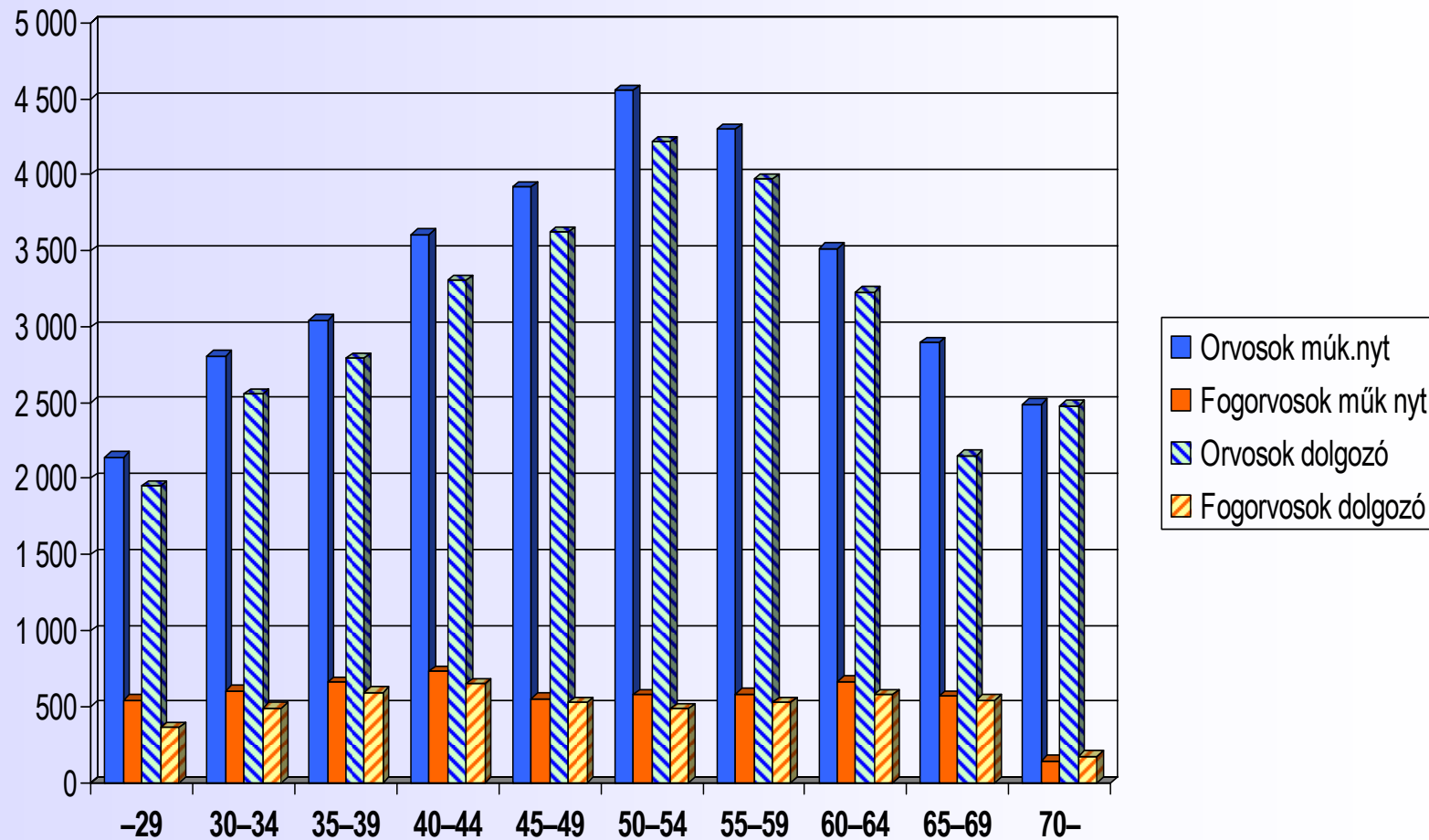
Három hullám: 1977, 1990 (rendszerváltozás), 2005 (EU-csatlakozás).

Az 1988-2007 közötti 20 év nyeresége: N=2563. Ez kb. két és fél (2,67) évfolyam

Honosítottak aránya a magyar orvosi karban 2009. márciusban: 7,66%

Kincses Gyula, 2011.

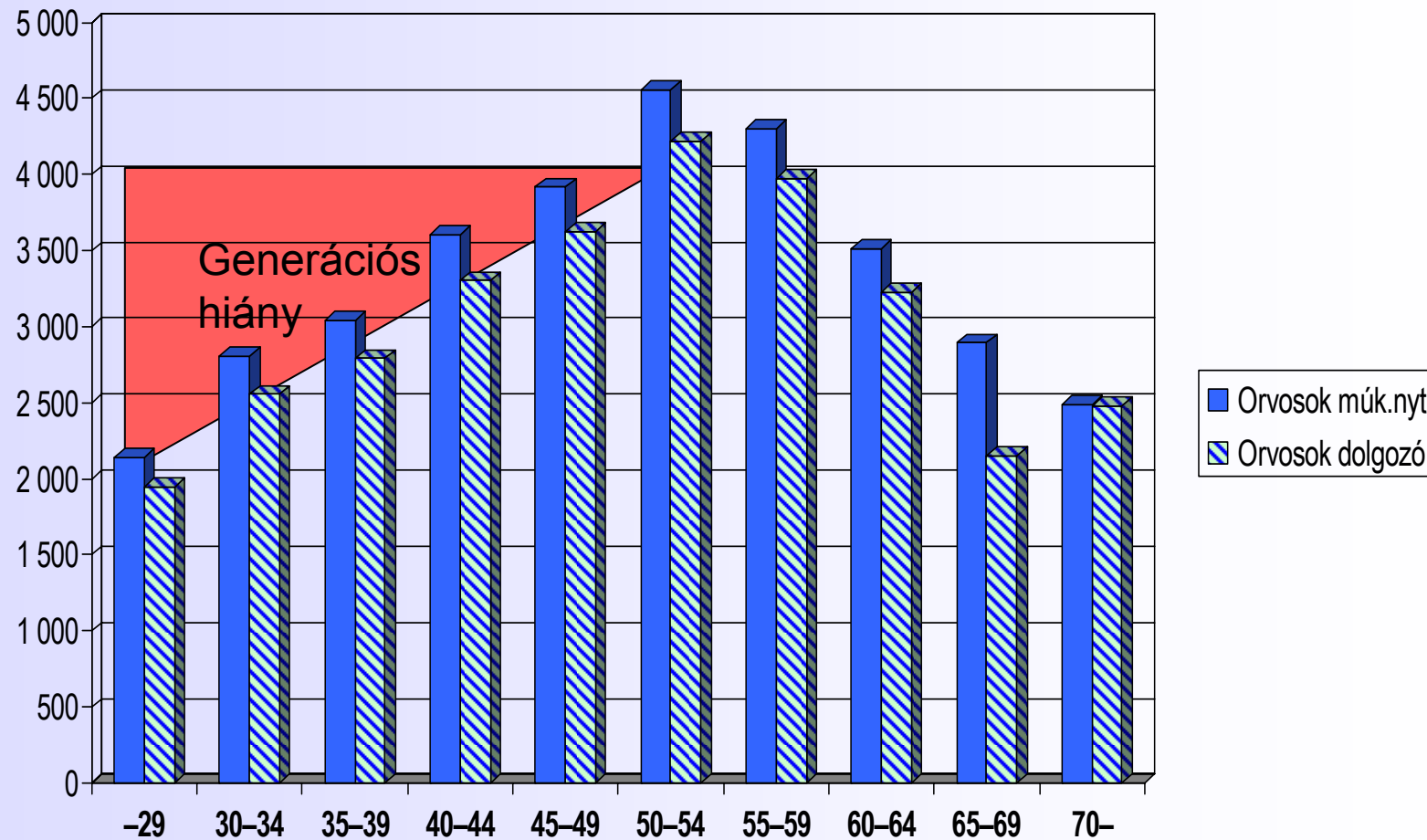
A működési nyilvántartásban szereplő és a dolgozó orvosok száma 2009-ben



Dolgozó orvosok: 2009.-es adat,
Működési nyilvántartásban szereplők: 2010 februári állapot.

Forrás: KSH eü stat. évkönyv
Forrás: EEKH Közlés Gyula, 2011.

A működési nyilvántartásban szereplő és a dolgozó orvosok száma 2009-ben



Dolgozó orvosok: 2009.-es adat,
Működési nyilvántartásban szereplők: 2010 februári állapot.

Forrás: KSH eü stat. évkönyv

Forrás: EEKH Közlés Gyula, 2011.

Kincses Gy. 2011.

Megoldási irányok

A problémát komolyan kell venni, és komplex, de reális megoldásokkal kell kezelni. Eszközei:

- Az orvosmegtartó-képesség növelése
 - a szakma jövőképe, becsületének visszaadása, beleértve a jövedelemnövelésen alapuló az életpálya modell felvázolását,
 - az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus támogatása.
- Az orvoshiány kompenzálása
 - a telemedicina fejlesztése, ideértve az ALL jellegű otthoni távfelügyeleti – interaktív alkalmazásokat is,
 - a szakdolgozói kompetencia növelése.
- A nemzetközi képzési centrum jelleg erősítése
- Tudatos migrációpolitika (ide, és vissza)
- A képzés rigiditásának és arisztokratikusságának oldása.

Én szoltam...

